Google http://www.advancesinpd.com/adv01/21Figueiredo.htm

Traductor de Google Del: inglés Al: español Ver: Traducción Texto original

Intercambio de bolsas en diálisis peritoneal ambulatoria continua sin uso de mascarilla: experiencia de cinco años

Ana E. Figueiredo, Carlos E. Poli de Figueiredo, Domingos O. d ?? Avila
Desde: Unidad Renal, Hospital São Lucas, Porto Alegre, Brasil.

Este artículo describe nuestra experiencia de cinco años de diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD) con cambios de bolsa realizados sin el uso de una máscara facial. El estudio se llevó a cabo en la unidad renal de un hospital universitario. Todos los pacientes ingresados en el programa CAPD desde febrero de 1995 hasta marzo de 2000 fueron entrenados para realizar cambios de bolsa sin el uso de una mascarilla. La aparición de episodios de peritonitis fue el resultado de interés.
Se evaluaron 94 pacientes (52 mujeres, 42 hombres) con una edad media de 48 ± 21 años y un seguimiento total de 50.502 días-paciente. Durante ese tiempo, se produjeron 79 episodios de peritonitis en 46 pacientes, con una tasa de peritonitis de 0,57 episodios / año. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron Staphylococcus epidermidis en 20 pacientes (25,3%) y S. aureus en 11 pacientes (13,9%). El trasplante renal fue la principal causa de abandono [23 pacientes (43,4%)], seguido de peritonitis [14 pacientes (26,4%)], muerte por complicaciones cardiovasculares [9 pacientes (17,0%)], pérdida de ultrafiltración [2 pacientes (3,8%)] y otras causas [5 pacientes (9,4%)]. La probabilidad de estar libre de peritonitis a los 12 meses fue de 0,60 y a los 60 meses de 0,37.
Las tasas de peritonitis durante el período de estudio no fueron diferentes de las informadas por otros centros, lo que respalda la hipótesis de que el uso rutinario de una mascarilla facial durante el intercambio de bolsas CAPD puede ser innecesario.

Palabras clave

Complicaciones en CAPD, prevención de infecciones, peritonitis

Introducción

La peritonitis es una complicación grave de la diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD) y una causa importante de fracaso del tratamiento. La prevención de la peritonitis requiere una serie de procedimientos, y el uso rutinario de una mascarilla durante el intercambio de bolsas con CAPD ha sido una práctica estándar en varios países para la prevención de la peritonitis. En un estudio preliminar (1), la tasa de peritonitis y la probabilidad de permanecer libre de peritonitis no fueron diferentes entre los grupos que realizaron cambios de bolsa con y sin uso de máscara. El objetivo del presente estudio fue describir una experiencia de cinco años de CAPD con cambios de bolsas realizados sin el uso de una mascarilla.

Pacientes y métodos

Este estudio de cohorte se realizó en la Unidad Renal del Hospital São Lucas (un hospital universitario, en Porto Alegre, Brasil). Todos los pacientes (n = 94) admitidos en el programa CAPD entre febrero de 1995 y marzo de 2000 fueron entrenados para realizar cambios de bolsa sin el uso de una mascarilla. Se registró cada episodio de peritonitis. Se emplearon los sistemas CAPD conector en Y, Ultra Bag (Baxter Hospitalar Ltda., São Paulo, Brasil) y Andy-Plus (Fresenius Medical Care, São Paulo, Brasil).
Todos los pacientes y sus asistentes fueron capacitados por la misma enfermera para realizar cambios de bolsa. La técnica practicada consistió en limpiar los componentes con alcohol etílico (70%) en un ambiente cerrado y lavarse las manos con jabón de glicerina durante tres minutos antes de iniciar el procedimiento. Los pacientes recibieron información sobre la presentación de la peritonitis y las medidas a tomar en caso de que ocurriera una infección. A todos los pacientes también se les indicó que no hablaran durante las conexiones de la bolsa.
Un episodio de peritonitis se definió como la presencia de turbidez del dializado efluente, generalmente asociada con dolor abdominal y fiebre, y un recuento celular superior a 100 leucocitos / ml, con más del 50% de neutrófilos. La ocurrencia de peritonitis se calculó usando días-paciente y episodios por año. Se utilizó Kaplan ?? Meier para analizar el tiempo hasta el primer episodio de peritonitis. Los datos se procesaron y analizaron utilizando SPSS 8.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.) Para el sistema operativo Windows.

Resultados

Evaluamos a 94 pacientes [52 mujeres (55%), 42 hombres (45%)]. La edad media fue de 48 ± 21 años; El tiempo total de seguimiento fue de 50.502 días-paciente. Los pacientes intercambiaron bolsas en 65 observaciones y los asistentes en 29 observaciones. Veinticinco pacientes eran diabéticos y 31 tenían más de 60 años.
De 46 pacientes, se produjeron 79 episodios de peritonitis, con una tasa de peritonitis de 0,57 episodios por año. Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron Staphylococcus epidermidis [20 pacientes (25,3%)] y S. aureus [11 pacientes (13,9%)]. Se aislaron especies de Enterococcus en 7 episodios (8,9%), bacilos gramnegativos en 20 (25,3%), especies de cándida en 2 (2,5%), Mycobacterium tuberculosis en 1 (1,2%) y peritonitis mixta en 5 (6,3%) . En 13 pacientes (16,5%) los cultivos fueron negativos.
La probabilidad de permanecer libre de peritonitis, a lo largo del tiempo, sin mascarilla fue de 0,60 a los 12 meses y de 0,37 a los 60 meses (Figura 1).
El trasplante renal fue la principal causa de abandono [23 pacientes (43,4%)], seguido de peritonitis [14 pacientes (26,4%)], muerte por complicaciones cardiovasculares [9 pacientes (17,0%)], pérdida de ultrafiltración [2 pacientes (3,8%)] y otras causas [5 pacientes (9,4%)].

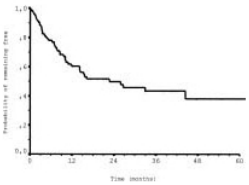

figura 1 Probabilidad de permanecer libre de peritonitis en pacientes que realizan cambio de bolsa sin mascarilla (Kaplan ?? Meier). Se representa la curva de supervivencia a los 60 meses de seguimiento.

Discusión

Previamente verificamos "no hay diferencia en la probabilidad de desarrollar el primer episodio de peritonitis sin máscara". y "no hay diferencia en el número total de episodios de peritonitis entre los pacientes que realizan cambio de bolsa" con " ¿¿y sin?? ¿¿mascarilla?? (1). Además, en la regresión de riesgos proporcionales de Cox, "la mascarilla no tuvo efecto protector para la aparición del primer episodio de peritonitis". (1). El presente estudio muestra que la ocurrencia de peritonitis en pacientes que realizan cambios de bolsa sin mascarilla no es diferente a la reportada por otros centros (2,3).
La eliminación de la mascarilla reduciría los costos de CAPD (4,5) y simplificaría el procedimiento de intercambio de bolsas y la capacitación de pacientes y asistentes, contribuyendo así al éxito de la terapia. La mascarilla puede ser una molestia adicional para personas no acostumbradas durante el procedimiento de cambio de bolsa. Además, la contaminación de las manos puede resultar cuando el paciente intenta colocar correctamente la máscara o la toca involuntariamente. El lavado de manos adecuado, y no el hecho de usar una mascarilla, posiblemente sea el factor más importante en el control de infecciones (6).
Se sabe desde hace mucho tiempo que los portadores nasales de S. aureus también son portadores de la piel (7), y que las bacterias pueden transferirse de las manos al sitio de salida y al tubo CAPD durante el intercambio de bolsas. En este caso, el uso de una máscara no evitará la peritonitis. En cambio, la mascarilla puede ser una fuente de contaminación bacteriana, por frotarse contra la cara (8).
El tema de este estudio, el uso de una mascarilla y la prevención de infecciones, es un tema importante y muy descuidado. McLure et al (9) sugirieron que el uso de una mascarilla evitaba la dispersión hacia abajo de las bacterias del tracto respiratorio superior en las placas de agar con sangre al hablar y girar la cabeza. Sin embargo, se ha informado de una reducción del 50% en la infección de la herida quirúrgica cuando las mascarillas no estaban en uso (10).
El conflicto entre la evidencia y la tradición quirúrgica rodea al uso de la máscara facial (4,11 ?? 13). Varios estudios sugieren que no hay diferencia en la prevalencia de infección de la herida quirúrgica al usar o no usar una máscara durante la cirugía, cuando se atiende a pacientes quemados o en el contexto de una sala de emergencias y un centro de cateterismo cardíaco percutáneo (10,13? ? 18). Un editorial reciente (19) sostiene que el uso de una máscara durante la cirugía ha sobrevivido porque parece un enfoque razonable, incluso sin evidencia de apoyo. Aún así, es cuestionable si la comunidad quirúrgica y la sociedad están preparadas para reconsiderar y reevaluar el valor de una práctica antigua, aún no probada

El mismo razonamiento puede aplicarse a los pacientes con CAPD durante el intercambio de bolsas. Nuestro estudio anterior informó la experiencia de un solo centro (con un número restringido de pacientes), pero proporcionó la única evidencia disponible sobre el uso de una mascarilla facial y la prevención de la peritonitis CAPD (1).

Conclusión

Las tasas de peritonitis informadas durante nuestro período de observación son compatibles con las observadas en otros centros (2,3) y apoyan la hipótesis de que el uso rutinario de una mascarilla facial durante el intercambio de bolsas CAPD puede ser innecesario.

Referencias

1. Figueiredo AE, de Figueiredo CE, d ?? Avila DO. Prevención de la peritonitis en la DPCA: ¿enmascarar o no? Perit Dial Int 2000; 20: 354 ?? 8.
2. Díaz Buxo JA, Crawford TL. Peritonitis y antibioticoterapia en pacientes en diálisis peritoneal con ciclador: actualización. Adv Perit Dial 2000; 16: 229 ?? 32.
3. Thodis E, Passadakis P, Panagoutsos S, Bacharaki D, Euthimiadou A, Vargemezis V. La eficacia de la mupirocina en la prevención de Staphylococcus aureus en infecciones relacionadas con catéteres en diálisis peritoneal. Adv Perit Dial 2000; 16: 257 ?? 61.
4. Leyland M, McCloy R. Mascarillas quirúrgicas: ¿protección para sí mismo o para el paciente? Ann R Coll Surg Engl 1993; 75: 1 ?? 2.
5. Tunevall TG. Infecciones de heridas posoperatorias y mascarillas quirúrgicas: un estudio controlado [Discusión]. World J Surg 1991; 15 (3): 387 ?? 8.
6. Stucke V. Atención al paciente infectado en riesgo Técnicas asépticas y medidas básicas de control de infecciones. En: Microbiología para enfermeras: aplicaciones a la atención al paciente. 7ª ed. Londres: Bailliére Tindall; 1993: 365 ?? 408.
7. Liebre R, Thomas CGA. La transmisión de Staphylococcus aureus. Br Med J 1956; 2: 840 ?? 4.
8. Schweizer RT. La mascarilla se mueve como una posible causa de contaminación de la herida. Lancet 1976; 2: 1129 ?? 30.
9. McLure HA, Talboys CA, Yentis SM, Azadian BS. Mascarillas faciales quirúrgicas y dispersión descendente de bacterias. Anesthesia 1998; 53: 624 ?? 6.
10. Orr NW. ¿Es necesaria una máscara en el quirófano? Ann R Coll Surg Engl 1981; 63: 390 ?? 2.
11. Taylor L. Preguntas y respuestas. ¿Son necesarias las mascarillas en quirófano y salas? Si es así, ¿qué tipo me recomiendas? J Hosp Infect 1980; 1: 173 ?? 5.
12. Ayliffe GA. ¿Máscaras en cirugía? J Hosp Infect 1991; 18: 165 ?? 6.
13. Ransjö U. Masks: una investigación de sala y revisión de la literatura. J Hosp Infect 1986; 7: 289 ?? 94.
14. Ritter MA, Eitzen H, MLV francés, Hart JB. El entorno del quirófano afectado por las personas y la mascarilla quirúrgica. Clin Orthop 1975; 111: 147 ?? 50.
15. Laslett LJ, Sabin A. No es necesario el uso de gorros y máscaras durante el cateterismo cardíaco. Cathet Cardiovasc Diagn 1989; 17: 148 ?? 60.
16. Tunevall TG. Infecciones posoperatorias de heridas y mascarillas quirúrgicas: un estudio controlado. World J Surg 1991; 15 (3): 383 ?? 7.
17. Tunevall TG, Jörbeck H. Influencia del uso de máscaras en la densidad de bacterias transportadas por el aire en las proximidades de la herida quirúrgica. Eur J Surg 1992; 158: 263 ?? 6.
18. Mitchell NJ, Hunt S. Mascarillas quirúrgicas en quirófanos modernos: ¿un ritual costoso e innecesario? J Hosp Infect 1991; 18: 239 ?? 42.
19. Belkin NL. La mascarilla quirúrgica: ¿sigue siendo necesaria? Surgery 1997; 122: 641 ?? 2.

Autor correspondiente:

Ana Elizabeth Figueiredo, rn msc, Miracema 407, Bairro Chácara das Pedras, Porto Alegre, RS. Brasil, CEP 91330-490.